

тканей зубов в разной степени, а при отсутствии профилактики и своевременного лечения — к быстрой и необратимой потере зубов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тумшевиц, О. Н. Обоснования профилактики патологии зубочелюстной системы при неблагоприятном антенатальном и постнатальном периоде развития / О. Н. Тумшевиц. — Автореф... докт. дисс. — Омск: 2004. — 50 с.
2. Пихур, О. Л. Влияние химического состава питьевой воды на состояние твердых тканей зубов / О. Л. Пихур. — Автореф... канд. дисс. — СПб.: 2003. — 22 с.
3. Янковский, Д. С. Микробная экология человека: современные возможности ее поддержания и восстановления / Д. С. Янковский. — Киев: Эксперт ЛТД, 2005. — 362 с.
4. Реброва, О. Ю. Статистика анализа медицинских данных. Применение пакета прикладных программ «Statistica» / О. Ю. Реброва. — М.: МедиаСфера, 2003. — 312 с.

УДК 616.928.8-036.22-071(548.7)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ В ШРИ-ЛАНКЕ

Игнатенко П. Ю., Кирапане Р. Санджая

Научные руководители: к.м.н., доцент В. М. Мицура, к.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Лихорадка денге — острая арбовирусная природно-очаговая болезнь жарких стран, характеризующаяся двухволновой лихорадкой, артралгиями и миалгиями, экзантемой, полиаденитом, лейкопенией и нередко геморрагическим синдромом. Лихорадка денге вызывается четырьмя различающимися антигенными серотипами вируса, относящегося к роду *Flavivirus* семейства *Togaviridae* [1].

В настоящее время доказано, что болезнь эндемична для более чем 110 стран в Африке, Америке, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана, расположенных приблизительно между 42° северной и 40° южной широты. Приезжие заболевают редко. По данным ВОЗ 40 % населения земного шара живет на эндемичной по лихорадке денге территории, болезнь ежегодно поражает более 50 миллионов людей [2].

Очень актуальна лихорадка денге и в Шри-Ланке с 2000-х годов ежегодно выявляется около 5000 новых случаев заболевания. Для лихорадки денге характерна сезонность. Выделяют так называемые юго-западный сезон дождей — первый эпидемический период (май-июль), и северо-восточный сезон дождей — второй эпидемический период (ноябрь-январь) [3].

Болезнь протекает в двухклинических формах: классическая лихорадка денге и геморрагическая лихорадка денге. Инкубационный период составляет 5–15 дней [4]. При классической лихорадке денге прогноз благоприятный, летальность не превышает 0,1–0,5 %, летальность при геморрагической форме — до 40 %, при адекватной терапии — 5–10 %. Наиболее высокая летальность у детей до 1 года [5].

Лабораторная диагностика основывается на выделении вируса из организма больного в период вирусемии (1–5-й дни лихорадочного периода) и на определении нарастания титра специфических антител в парных сыворотках крови. Применяются реакция торможения гемагглютинации (РТГА), реакция нейтрализации (РН), иммуноферментный анализ (ИФА) [4]. Для выявления генетического материала вируса денге в исследуемых пробах используют полимеразную цепную реакцию. Специфического лечения лихорадки денге не разработано, применяются симптоматические средства. Профилактические мероприятия включают уничтожение комаров и обезвреживание мест локализации их потомства [5].

Цель

Изучить клинико-эпидемиологические особенности лихорадки денге в Шри-Ланке.

Материалы и методы исследования

Данные о заболеваемости лихорадкой денге взяты с официальных интернет ресурсов министерства здравоохранения Шри-Ланки и Всемирной организации здравоохранения. Проанализированы уровни заболеваемости и смертности в стране в целом и в отдельных районах, сезонность заболевания, возрастная структура заболевших, умерших и серотипы вируса.

Результаты исследования

Был проведен анализ случаев заболеваемости и смертности в Шри-Ланке за 1992–2012 гг. (рисунок 1).

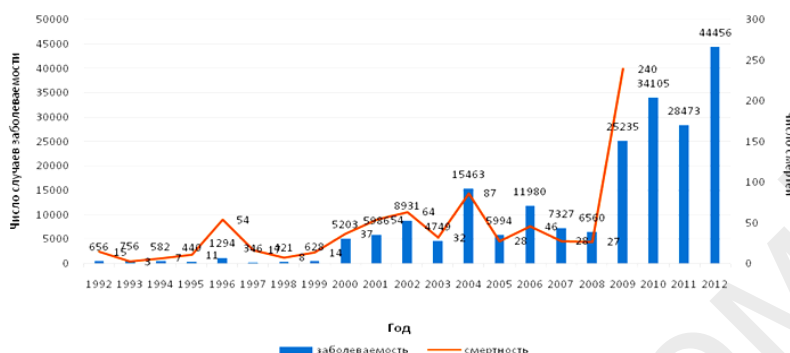


Рисунок 1 — Заболеваемость и смертность от лихорадки денге в Шри-Ланке

Наиболее высокие пики заболеваемости и смертности приходятся на 2002, 2004, 2006, 2010 и 2012 годы. Так, в 2002 году заболеваемость лихорадкой денге составила 8931 случаев (из них 64 с летальным исходом (0,7 %)), в 2004 — 15463 случая (87 летальных (0,6 %)), в 2006 — 11980 случаев (46 летальных (0,4 %)), в 2010 году — 34105 случаев заболевания и в 2012 году — 44456 случаев.

Был проведен анализ распространенности случаев заболеваемости в Шри-Ланке за 2004–2009 гг. В 2004–2008 годах заболеваемость лихорадкой денге преобладает в западной части страны (40 %), а в 2009 г. распространенность случаев лихорадки выше в центральной части (24,7 %) и в области Sabaragamuwa (24,8 %).

Для выявления сезонности заболеваемости было проведено распределение случаев заболевания по неделям. Подъем заболеваемости лихорадкой денге в 2004–2009 годах приходится на 19–35 неделю, что соответствует летнему периоду (май-август), и связан с сезоном дождей. Был проведен анализ штаммов вируса лихорадки денге за 2006–2009 гг. За эти годы всего было обследовано 3082 человека, положительные результаты были выявлены у 449 (14,6 %). Чаще всего выявлялись серотипы вируса D2 (43,7 %) и D3 (43,0 %), реже — D1 (9,5 %) и D4 (3,8 %).

Был проанализирован возраст заболевших за 1996–2009 гг. До 2001 г. преобладали пациенты в возрасте до 15 лет (60–80 %), после этого произошло изменение возрастной структуры с преобладанием лиц старше 15 лет (58–77 %).

Проанализирована половозрастная структура смертности за 2009 год. Среди умерших преобладали женщины (59,2 %). В возрасте до 5 лет было 12,1 % умерших, от 5 до 15–25,8 %, от 15 до 25 лет — 10,8 %, от 25 до 50 лет — 32,1 %, старше 50 лет — 19,2 %.

Выводы

Лихорадка денге — актуальное заболевание в Южной Азии. В Шри-Ланке заболеваемость за последние 4 года стала регистрироваться чаще (в 2009 году — 25235 случаев, в 2012 году — 44456 случаев), поражены преимущественно западные и центральные регионы страны. С 2001 г. болеют преимущественно люди старше 15 лет, летальность от 0,4 до 0,7 % (регистрируется чаще у женщин, у лиц трудоспособного возраста). Подъем заболеваемости лихорадкой денге приходится на летний период (май-август) и связан с сезоном дождей. Приезжие в Шри-Ланку заболевают реже, но риск заражения не исключается. Инкубационный период составляет до 15 дней, поэтому при повышении температуры тела после поездки в Шри-Ланку в эти сроки можно подозревать ли-

хорадку денге. В нашей стране диагностика лихорадки денге затруднена, врачи не знакомы с патологией тропических стран. Следует консультировать туристов о профилактике трансмиссивных тропических болезней (малярия, лихорадка денге): использование индивидуальных средств защиты от комаров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тропические болезни: учебник / Под ред. Е. П. Шуваловой. — 5-е изд., перераб. и доп. — СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2004. — С. 11.
2. WHO. Dengue and dengue haemorrhagic fever. Factsheet No 117, revised May 2008. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>).
3. Dengue Control in Sri Lanka: a snap shot // Weekly Epidemiological Report Sri Lanka. — 2009. — Vol. 36, № 22 (режим доступа <http://www.epid.gov.lk/> дата доступа 11.03.2013).
4. Инфекционные и паразитарные болезни развивающихся стран: учебник / Под ред. Н. В. Чебышева, С. Г. Пака. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 46–48.
5. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 862, 867.

УДК 618.3/4-06:616.61-002.3

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Ильенко-Зубарева А. В., Котлобай А. В.

Научный руководитель: к.м.н. Ю. А. Лызикова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике и лечении инфекций мочевыводящих путей, они продолжают оставаться одной из наиболее важных областей современной медицины.

Проблема хронического пиелонефрита сохраняет актуальность вследствие высокой заболеваемости, возрастающей частоты скрыто текущих форм, недостаточной эффективности терапии.

Наличие у беременной женщины хронического пиелонефрита является фактором риска возникновения патологии беременности, инфекционных заболеваний новорожденного, гнойно-септических осложнений послеродового периода. Наиболее частыми осложнениями гестационного процесса являются: поздний гестоз, фетоплацентарная недостаточность, угроза преждевременных родов. Пациентки с обострениями хронического пиелонефрита во время беременности составляют группу риска по рождению детей с манифестной формой внутриутробной инфекции.

Одним из основных мероприятий, позволяющих снизить частоту осложнений гестационного процесса, реализации внутриутробной инфекции у новорожденных, является проведение адекватной комплексной терапии у беременных с хроническим пиелонефритом.

Вышеизложенное определяет актуальность дальнейшего изучения методов диагностики, терапии и профилактики осложнений гестационного процесса, послеродового периода, оценки перинатальных исходов у женщин с хроническим пиелонефритом.

Цель исследования

Выявить особенности течения беременности и родов, перинатальных исходов у женщин с хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ 62 историй родов женщин в возрасте от 18 лет до 42 лет родоразрешенных в ГОКБ за период апрель 2011 — май 2011 г. Из них — 31 история родов женщин с хроническим пиелонефритом (основная группа) и 31 история родов соматически здоровых женщин (группа контроля). Статистический анализ данных проводился при помощи пакета «Statistica» 6.0 (Stat-Soft, 2001). Качественные показатели представлены в виде доли пациенток с данным признаком и стан-